

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1915-1916. — N° 64

PREMIER PANSEMENT
ET
ÉVACUATION DES BLESSÉS AU COMBAT
(CAMPAGNE 1914-1915-1916)

THÈSE
PRÉSENTÉE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Et soutenue publiquement le 8 Juillet 1916
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE
PAR

Georges BILLOT

Né le 30 novembre 1889, à Beaumotte-lez-Pin (Haute-Saône),
Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire,
Médecin aide-major au 36^e régiment d'infanterie.



LYON
A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ
4, RUE GENTIL, 4

Juillet 1916

PREMIER PANSEMENT

ET

ÉVACUATION DES BLESSÉS AU COMBAT

(CAMPAGNE 1914-1915-1916)

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAÛVEAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LEPINE, PIERRET,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales.		ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements		BARD
Clinique ophtalmologique		TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		BERARD
Clinique des maladies nerveuses et mentales		FABRE
Clinique des maladies des enfants		ROLLET
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS
Physique médicale		LEPINE (J.)
Chimie biologique.		WEILL
Chimie organique et Toxicologie		POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique		CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		HUGOUNENQ
Anatomie		MOREL
Anatomie générale et Histologie		MOREAU
Physiologie.		GUIART
Pathologie interne.		TESTUT
Pathologie et Thérapeutiques générales		RENAUT
Anatomie pathologique.		MORAT
Médecine opératoire		COLLET
Médecine expérimentale et comparée		LESIEUR
Médecine légale.		PAVIOT
Hygiène :		POLLOSSON (M.)
Thérapeutique		COURMONT (P.)
Pharmacologie		ETIENNE MARTIN
		COURMONT (J.)
		PIC
		FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS
Pathologie externe.	VALLAS
Maladies des voies urinaires	ROCHET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Embryologie	LATARJET,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD,	—
Clinique infantile	MOURIQUAND,	—
Déontologie et médecine professionnelle	X...	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	LATARJET	MOURIQUAND	FROMENT
COMMANDEUR	BPETIN	ARLOING (F.)	THEVENOT (Lucien)
NEVEU-LEMAIRE	LERICHE	GUILLEMARD	PIÉRY
LAROYENNE	THEVENOT (Léon)	POLICARD	COTE
VORON	TAVERNIER	GARIN	DUROUX
NOGIER	CADE	SAVY	

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. LANNOIS, Président ; M. POLLOSSON, Assesseur ;
MM. VALLAS, Professeur, et NOVE-JOSSERAND, Agrégé.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1915-1916. — N° 64

PREMIER PANSEMENT
ET
ÉVACUATION DES BLESSÉS AU COMBAT

(CAMPAGNE 1914-1915-1916)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 8 Juillet 1916

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Georges BILLOT

Né le 30 novembre 1889, à Beaumotte-lez-Pin (Haute-Saône),

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire,

Médecin aide-major au 36^e régiment d'infanterie.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Juillet 1916

A MA GRAND'MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE VÉNÉRÉ

ET DE MA MÈRE BIEN-AIMÉE

Je ne saurais rendre un assez éclatant
hommage à leur travail, et à leur esprit
de sacrifice.

Leur exemple guidera ma vie.

A MON FRÈRE

MAURICE BILLOT

Elève de l'École du Service de Santé militaire,
Médecin auxiliaire au 56^e régiment d'Artillerie.

Je dédie ces pages, faible témoignage
de mon immense affection pour lui.

A MON ONCLE ET A MA TANTE

Dès mon jeune âge, ils m'ont chéri à
l'égal de mes parents ; pour moi ils n'ont
reculé devant aucun sacrifice. Je leur
exprime ici bien haut ma reconnaissance
et mon éternel attachement.

A mon Président de thèse

LE DOCTEUR LANNOIS

Ancien médecin-major de l'armée
Professeur d'Oto-rhénolaryngologie
à la Faculté de Lyon.

Il nous fait l'honneur de présider notre
thèse. Nous lui adressons ici nos remer-
ciements respectueux.

A MES JUGES

A MES MAÎTRES

de l'Ecole du Service de Santé militaire
et de la Faculté de Lyon.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

MEIS ET AMICIS

A MES AMIS

LES DOCTEURS DREYFUSS ET GODARD

AVANT-PROPOS

Au début de ce travail, couronnement de nos études médicales, nous nous faisons un pieux devoir de jeter nos regards en arrière pour contempler les tombes de nos camarades du Service de santé tombés au champ d'honneur. Nous adressons à leur courage et à leur dévouement un hommage ému d'admiration. Ils ne sont pas tombés en vain; leur exemple reste pour nous une vivante image; nous nous efforcerons de les suivre dans la voie qu'ils nous ont si noblement tracée.

Affecté successivement à un groupe de brancardiers divisionnaire et bientôt après (septembre 1914) à un régiment d'infanterie, nous avons pu étudier sur place, au cours de la campagne actuelle, les moyens d'améliorer soit le premier pansement, soit les conditions d'évacuation de nos malheureux blessés. Et ce sont les idées recueillies comme fruit de l'expérience de plus de vingt-deux mois de guerre que nous allons exposer ici.

Mais auparavant qu'il nous soit permis de remercier M. le médecin major CHAPELLIER, notre médecin chef, qui nous a toujours témoigné la plus grande bienveil-

lance et nous a dirigé de ses conseils éclairés ; nous lui devons le choix de notre sujet, et beaucoup d'idées de ce travail.

M. le médecin major de 1^{re} classe JULLIEN, notre médecin chef au début de la campagne, au groupe de brancardiers de la 5^e division, fut également pour nous le chef le plus bienveillant ; il a bien voulu nous faire part de ses idées très personnelles sur nombre de questions du plus haut intérêt comme : le poste de secours et le premier pansement, l'utilisation médicale des groupes de brancardiers divisionnaires, etc.

Qu'il soit assuré de notre vive gratitude et de notre dévouement.

M. le médecin principal ARMYNOT DU CHATELET, notre médecin divisionnaire, nous a fait l'honneur de s'intéresser à notre travail et nous a communiqué ses idées sur notre sujet. Nous lui adressons tous nos remerciements.

Enfin nous sommes heureux de dire ici à d'excellents camarades toute l'amitié que nous leur conservons ;

Le Dr André MAYER, avec qui nous avons vécu, après trois années d'Ecole, dix-huit mois de campagne, riches en souvenirs inoubliables.

Notre jeune camarade d'Ecole et médecin auxiliaire, Maurice GUILLERMIN, qui s'est toujours montré pour nous plein d'amicales prévenances.

PREMIER PANSEMENT

ET

ÉVACUATION DES BLESSÉS AU COMBAT

(CAMPAGNE 1914-1915-1916)

INTRODUCTION

Parmi les médecins qui ont pris part à la campagne actuelle, il n'en est certainement pas un seul qui n'ait été frappé de la fréquence et de la rapidité du développement de la gangrène dans les blessures de guerre. Les exemples sont nombreux. Tel blessé qui présentait une petite plaie en apparence insignifiante du mollet par éclat d'obus a dû subir l'amputation de la cuisse au tiers inférieur, dès son arrivée à l'ambulance, etc. En présence de ces faits qui nous étaient signalés comme assez fréquents, nous, médecins de l'avant, nous nous sommes demandé quelle pouvait être la cause de cette évolution si rapidement funeste des plaies de guerre et comment on pouvait arriver à y porter remède.

En ce qui nous concerne, nous croyons que, dans

les discussions ouvertes sur ce sujet, on n'a pas jusqu'à présent attaché suffisamment d'importance au rôle du premier pansement et aux conditions dans lesquelles il est habituellement appliqué.

D'autre part, un fait d'un très haut intérêt a été établi dès les premiers mois de cette campagne, savoir la nécessité du transport des blessés à l'ambulance dans un délai maximum de six à huit heures. Ce principe, qui est respecté dans les secteurs calmes, l'est malheureusement beaucoup moins dans ceux où l'on se bat. Il nous semble cependant qu'en perfectionnant notre organisation nous pourrions arriver, sinon à l'appliquer strictement, du moins à nous en rapprocher un peu, et en tout cas à accélérer notablement les évacuations.

Telles sont les deux grandes idées générales se rapportant à la prophylaxie de la gangrène et de l'infection que nous allons tenter de développer dans ce travail ; nous essayerons de montrer comment les médecins de l'avant doivent se comporter pour les respecter et les mettre en pratique au milieu des nombreuses difficultés de leur vie quotidienne.

Notre plan sera simple : il consistera à suivre le blessé depuis son point de chute jusqu'à son entrée à l'ambulance. Nous étudierons successivement les différents échelons sanitaires qu'il rencontre sur son passage : d'abord le service de santé régimentaire (poste de secours de bataillon, poste de régiment), le groupe de brancardiers divisionnaire ou de corps avec leur relai d'évacuation, enfin le poste chirurgical avancé qui dépend de l'ambulance,

CHAPITRE PREMIER

LE SERVICE DE SANTÉ RÉGIMENTAIRE AU COMBAT

§ I. DÉFINITION ET RÔLE

Le rôle du service de santé régimentaire au combat, d'après le Règlement sur le service de santé en campagne de 1910, est le suivant :

- 1° Mettre les blessés à l'abri du feu de l'ennemi ;
- 2° Constituer des places de pansement de première urgence dites « refuges pour blessés », lorsqu'elles sont dans le voisinage de la ligne de feu, et « postes de secours » lorsqu'elles sont établies plus en arrière ;
- 3° Opérer le transport des blessés qui devront être relevés au plus tôt, soignés et rapidement évacués.

Voyons tout d'abord ce qu'est le service de santé régimentaire et de quels moyens il dispose pour mettre à exécution les préceptes si bien formulés par le Règlement.

Le service médical d'un régiment se compose :

- 1° D'un médecin chef, médecin major de 1^{re} ou 2^e classe.
- 2° De 3 médecins aides-majors (1 par bataillon) et 3 médecins auxiliaires.

3° De 12 infirmiers (1 par compagnie) et 48 brancardiers (4 par compagnie).

Au moment du combat les musiciens et les tambours sont mis à la disposition du médecin chef sur sa demande, constituant un appoint de 60 « brancardiers auxiliaires ».

Le *matériel sanitaire* de chaque bataillon comprend :

1° Une voiture médicale renfermant dans des paniers d'osier numérotés les objets et instruments nécessaires aux interventions simples : médicaments usuels ; paquets de pansements (individuels, petits, moyens et grands) ; appareils d'immobilisation (gouttières en fil de fer, attelles en bois, rouleaux de toile métallique) ; huit brancards, un matériel d'éclairage, un tonnelet d'eau.

A ce chargement les nécessités de la guerre actuelle ont fait ajouter : 1° une réserve de matériel de protection contre les gaz asphyxiants ; 2° une certaine quantité de désinfectants (formol, huile lourde, crésyl, chlorure de chaux ; etc.).

2° Un sac de bataillon renfermant les objets suivants : paquets de pansements individuels, gaze, compresses, bandes roulées, coton, écharpes, bandes hémostatiques, lampe à alcool, seringue pour injections hypodermiques, ampoules de caféine, morphine et quelques médicaments simples : alcool, teinture d'iode, opium, sulfate de soude, quinine, antipyrine, sucre, thé, formol, vaseline.

3° 4 trousses d'infirmiers contenant chacune : ciseaux droits et courbes, 1 rasoir, 1 pince, 1 abaisse-langue.

4° Des musettes à pansement destinées aux bran-

cardiers (24 pansements individuels, 1 bande hémostatique, alcoolat de mélisse, sucre en morceaux, lacs en treillis).

De plus, au cours de la campagne, chaque bataillon a reçu deux brouettes porte-brancards. Enfin une grande voiture pour blessés est détachée en permanence auprès du médecin chef de chaque régiment.

Ceci posé, supposons maintenant le combat sur le point de s'engager. Que va faire le médecin chef? Que vont faire les médecins de bataillon?

Si l'on se reporte au règlement pour résoudre ces problèmes, on n'obtient pas de réponse précise; on se trouve en présence d'une formule vague que chacun peut interpréter à sa manière. C'est que le règlement, qui date de 1910, ne pouvait prévoir les conditions de la guerre actuelle au cours de laquelle les combattants eux-mêmes ont dû refaire leur instruction. Ainsi l'expérience a montré qu'actuellement la véritable unité combattante n'est pas le régiment, mais bien le bataillon. Il ne peut donc pas y avoir de « service de santé régimentaire » à proprement parler, mais il y a des « services de santé de bataillon », et un médecin chef qui peut installer un poste de secours ou au contraire se borner à diriger et surveiller le service dans les bataillons, suivant la conception qu'il se fait du rôle qu'il doit remplir.

Le combat engagé, le médecin chef s'installera auprès du colonel, c'est-à-dire en principe au niveau des réserves de régiment. Quant aux médecins de bataillon il découle logiquement des prémices énoncés plus haut que leur place est dans leur bataillon qu'ils doivent

suivie en tout lieu et en toutes circonstances. Chacun d'eux se trouve vis-à-vis du médecin chef dans la situation d'un chef de bataillon vis-à-vis du colonel, et doit s'efforcer de rester constamment en liaison avec lui.

Ces remarques générales faites, nous allons envisager la ligne de conduite que devra suivre chaque médecin de bataillon d'une part, le médecin chef d'autre part.

§ II, LE POSTE DE SECOURS DE BATAILLON

A. INSTALLATION

a) **Dispositions préliminaires.** — Le régiment est sur le point d'aller occuper un secteur. Le médecin chef réunit ses aides-majors, et leur donne les indications utiles sur l'emplacement approximatif des bataillons, le front que doit occuper chacun d'eux, l'endroit où il pense s'installer lui-même. Chaque médecin de bataillon envoie avec le détachement chargé de la reconnaissance du secteur un infirmier ou un brancardier choisi, pour repérer le poste de secours du bataillon qui est relevé. En même temps il fait décharger de sa voiture médicale le nombre voulu de brancards et de pansements, qui seront emportés à bras ou à l'aide des brouettes porte-brancards, s'il prévoit que ces dernières pourront être utilisées. Enfin une équipe de 2 ou 3 brancardiers munis d'un brancard et de musettes à pansements sera envoyée dans chaque compagnie.

Arrivé au poste de secours du bataillon qui doit être relevé, l'aide-major, après s'être assuré que cet emplacement lui convient, rend compte à son chef de bataillon de l'endroit où il va s'installer. Il devra ensuite parfaire l'organisation de son poste. Suivant les circonstances il faudra créer de toutes pièces ou améliorer. En tout cas, il devra s'efforcer d'être en mesure de pouvoir travailler le plus tôt possible.

b) Choix de l'emplacement. — Le choix judicieux de l'emplacement du poste de secours a une grande importance. Tout d'abord en ce qui concerne sa *distance à la ligne de feu*, on peut dire d'une façon générale que le poste de bataillon doit être placé le plus près possible de cette ligne. Et cela pour toutes sortes de raisons. La première, c'est qu'il est incontestable que la présence au voisinage immédiat des combattants, non seulement des brancardiers, mais encore des médecins, constitue pour les hommes et les officiers un réconfort moral puissant. D'autre part il ne faut pas oublier que le service des brancardiers exige un effort physique considérable. Le transport des blessés dans des chemins détériorés par les projectiles ou dans des boyaux presque toujours boueux ou bouleversés est une pénible tâche. D'ailleurs l'expérience a montré que dans ces conditions le kilomètre ne peut être parcouru en moins d'une demi-heure. Si donc l'on veut ménager les forces de son personnel brancardier, et en même temps augmenter le rendement de son travail, il faut se garder de placer trop loin en arrière le poste de secours de bataillon. Nous estimons que la distance de

ce dernier aux premières lignes ne devra *en aucun cas excéder 500 mètres*.

Malgré nous être efforcé de mettre en pratique ces justes principes, nous avons vu plusieurs fois, notamment à N..., au cours des violents combats qu'a livrés notre régiment, nos brancardiers exténués de fatigue avant d'avoir terminé leur besogne; et il a fallu tout leur dévouement, avec toute notre énergie, pour arriver à assurer la relève complète de nos blessés, dans un délai de douze heures environ à partir de l'attaque, c'est-à-dire dans des conditions à peu près satisfaisantes.

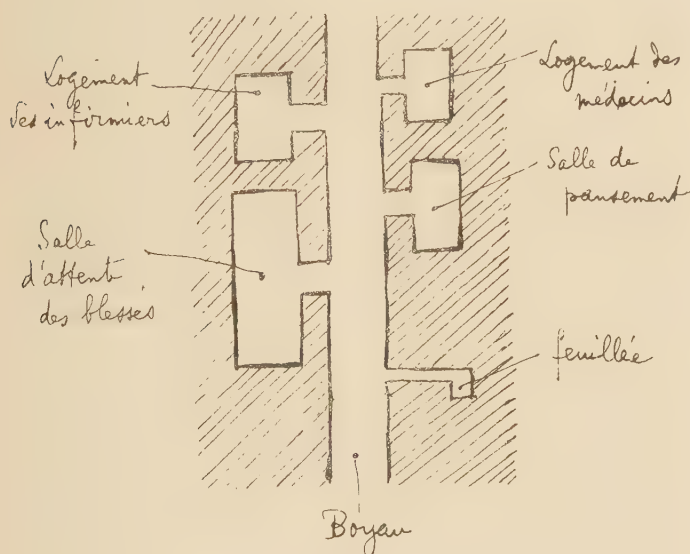
Le poste de secours devra naturellement se trouver sur un de ces boyaux dits « d'évacuation » ou à proximité d'une voie d'évacuation telle que chemin, défillement, etc.

On devra, en tout cas, éviter autant que possible les croisements de routes battus par l'artillerie, et aussi toutes les fois qu'on le peut, les villages, et surtout les bâtiments isolés.

Son emplacement sera indiqué par un fanion ou un écriteau qui ne seront pas visibles pour l'ennemi. Enfin, des pancartes avec flèches auront été placées dans les boyaux avant l'action, afin d'indiquer aux blessés le chemin à suivre pour trouver le poste de secours.

c) Installation des locaux. — Les locaux dont disposaient les médecins de bataillon au début de la campagne étaient le plus souvent très rudimentaires : une cave d'accès à peu près impossible aux blessés couchés, un abri de solidité fictive servant de loge-

ment aux médecins, aux infirmiers et en même temps de salle de pansement. A l'heure actuelle la situation s'est améliorée dans la plupart des secteurs, parce que chacun a travaillé et ajouté quelque chose à ce que lui



Différents locaux entrant dans la constitution
d'un poste de secours.

laissait son prédécesseur. D'autre part, des instructions parues depuis plusieurs mois déjà, autorisent les médecins chefs de service à demander au Commandement des équipes de pionniers ou de sapeurs du génie pour installer convenablement leurs postes de secours. Ces instructions, fort bien inspirées, prévoient les locaux suivants : salle de pansement, salle d'attente pour les blessés jusqu'à leur évacuation, abri des médecins, abri du personnel, feuillées (voir le schéma ci-dessus).

Alors que nous étions dans le secteur de F..., nous avons pu réaliser pour notre poste de secours la disposition de ce schéma; nous avons obtenu du colonel, avec l'appui de notre médecin chef, la construction par une équipe de pionniers, d'une salle d'attente de grandes dimensions (5 m. $\times$ 2 m. 50) et d'une salle de pansement (3 m. $\times$ 2 m. 50), toutes deux indépendantes de notre logement et de celui du personnel.

On doit s'attacher avant tout à posséder une « salle d'attente » assez vaste et assez bien aménagée (à plusieurs étages de brancards) pour pouvoir y placer un assez grand nombre de blessés couchés, dans le cas où l'évacuation immédiate est impossible, pour une raison quelconque.

Signalons aussi que dans certaines divisions, à défaut d'équipes de pionniers ou de sapeurs du génie, toujours difficiles à obtenir, les médecins divisionnaires ont très judicieusement employé une partie du groupe de brancardiers, pendant les périodes calmes, à construire et aménager des postes de secours de première ligne.

A défaut d'une installation aussi complète, on devra tout au moins s'efforcer d'avoir une salle de pansement indépendante des logements des médecins et du personnel, disposition qui permettra d'y entretenir en permanence un état de propreté satisfaisant.

Quand le poste de secours devra être installé dans un village, le médecin de bataillon fera reconnaître plusieurs caves. Celle dont l'accès sera le plus facile servira de salle de pansement; dans les autres, on installera les blessés en attendant leur départ, le personnel, etc.

d) **Répartition du personnel.** — Le médecin de bataillon garde avec lui ses quatre infirmiers et les huit tambours du bataillon. Il a eu soin d'envoyer trois ou quatre brancardiers dans chaque compagnie, chaque équipe étant munie d'une musette contenant des pansements variés, un flacon de teinture d'iode et une ou deux bandes hémostatiques. Les brancardiers restants constituent avec les tambours une réserve de personnel que le médecin de bataillon pourra, suivant les circonstances, diriger sur tel ou tel point des premières lignes où les blessés lui sont signalés plus nombreux, ou employer à l'évacuation des blessés sur le poste de secours régimentaire ou le relai des brancardiers divisionnaires. Le médecin de bataillon dispose d'ailleurs pour faire cette évacuation, en plus des moyens précités, de deux ou trois équipes de musiciens qui lui sont envoyées par le médecin chef. Dans le cas où les brancardiers divisionnaires peuvent venir jusqu'au poste de bataillon, les tambours peuvent être employés à la relève des blessés en première ligne, et les musiciens adjoints aux brancardiers divisionnaires.

La besogne sera de même répartie entre les infirmiers. L'un d'eux, dont la fonction est à coup sûr importante, servira de *secrétaire* et tiendra le *carnet des entrées*; s'il est rompu à ce genre de travail, il fera gagner au médecin un temps précieux. Le caporal-brancardier pourra être employé comme secrétaire; les infirmiers constitueront alors deux équipes de deux, dont l'une travaillera avec le médecin aide-major et l'autre avec le médecin auxiliaire.

Chacun connaissant d'avance sa besogne, on procé-

dera dès l'arrivée à l'aménagement intérieur du poste de secours : on disposera sur des étagères de fortune des pansements de toute catégorie, de la teinture d'iode, des écharpes, des appareils à fracture, etc... De la sorte on ne sera pas pris de court et les blessés pourront se présenter.

On devra aussi penser à aménager les abords immédiats pour faciliter l'accès du poste de secours ; il ne faudra pas non plus négliger les mesures de protection accessoires qui sont souvent d'une grande utilité : reconnaissance des points faibles, apport de planches et de madriers pour étayer. Il sera bon aussi de consolider le toit : à défaut de béton, on emploiera des matériaux durs provoquant l'éclatement des projectiles ; on fera abattre les pans de mur risquant de provoquer des accidents par leur écroulement, on construira des pare-balles avec des pierres ou des sacs à terre, etc.

e) Organisation des postes de compagnie.

Rôle du médecin auxiliaire. — Il y a souvent intérêt, surtout dans les cas où le front du bataillon est très étendu, et où il existe deux ou plusieurs voies d'évacuation, à installer sur l'une d'elles, à la même hauteur que le poste de bataillon ou un peu plus en avant, *un sous-poste* dirigé par le médecin auxiliaire avec un personnel composé de deux infirmiers. Ce procédé offre le double avantage, d'une part d'abrégier le chemin que doivent parcourir les brancardiers pour trouver un poste de secours, d'autre part, d'éviter dans une certaine mesure l'encombrement du poste de

bataillon dont les locaux sont souvent trop restreints pour permettre à deux médecins d'y travailler sans se gêner mutuellement. Le repérage de ce poste auxiliaire se fera comme il a été dit plus haut pour le poste de bataillon.

Le rôle du médecin auxiliaire a été très diversement interprété au cours de cette guerre. Les dernières instructions prescrivaient de l'employer à la relève des blessés en première ligne, à la tête des équipes de brancardiers.

Cette façon de voir ne nous paraît pas être la meilleure. La mesure serait excellente, s'il existait plusieurs médecins auxiliaires par bataillon, mais comme actuellement il n'y en a qu'un, il nous est difficile de concevoir qu'il puisse faire utilement la navette entre les différents secteurs occupés par les compagnies. Aussi nous semble-t-il bien préférable de mettre à profit les connaissances techniques du médecin auxiliaire, soit au poste de secours de bataillon, soit au poste auxiliaire.

B. FONCTIONNEMENT DU POSTE DE BATAILLON RÔLE PERSONNEL DE L'AIDE-MAJOR

L'installation du poste de bataillon et celle du poste auxiliaire sont achevées. Le combat vient de s'engager; les blessés légers affluent déjà vers le poste de secours, et, d'autre part, les brancardiers commencent à apporter les blessés couchés. Comment le médecin aide-major va-t-il s'acquitter d'une tâche qui déjà s'annonce comme lourde et difficile?

En cas de combat violent ayant produit subitement de très nombreux blessés, il aura soin tout d'abord, afin d'éviter l'encombrement, de se débarrasser de tous les blessés légers, capables de marcher et dont le pansement individuel appliqué sur la ligne de feu est momentanément suffisant; il les dirigera immédiatement sur le poste de secours central ou sur le relai des brancardiers divisionnaires. Il saura trier, parmi les blessés qui attendent à l'entrée de son poste, ceux dont l'état réclame les soins les plus urgents. Il verra tous les blessés qui se présentent, sans exception; il évacuera tous ceux dont la blessure, même légère, est susceptible à bref délai de complications graves; il renverra à leur unité, après pansement, ceux qui ne présentent que des plaies insignifiantes. Pendant qu'il pansera les blessés, le secrétaire prendra les noms, les diagnostics et fera les fiches d'évacuation.

La nature et la technique d'application du premier pansement seront exposées plus loin (voir § IV).

Le médecin de bataillon devra de plus veiller à ne pas se laisser démunir d'objets de pansement : pour cela il devra faire appel, en temps utile, aux réserves, soit de sa voiture médicale, soit de son médecin-chef.

D'autre part, il devra le plus possible se tenir en liaison avec le commandement qui lui indiquera où en est le combat, et lui signalera les points où se sont accumulés les blessés; c'est vers ces points qu'il dirigera les équipes de brancardiers qu'il pourra avoir en réserve auprès de lui.

Le médecin aide-major devra enfin prendre ses dispositions pour assurer, non seulement l'évacuation des

blessés de la première ligne sur son poste, mais aussi celle de ces mêmes blessés sur le poste de secours central, ou le relai des brancardiers divisionnaires, et cela dans le plus bref délai. Là encore, il devra faire un choix parmi les blessés et évacuer d'abord les plus grièvement atteints. Pour ce faire, rappelons que le médecin du bataillon dispose, tantôt de musiciens, tantôt d'équipes de brancardiers divisionnaires, souvent des deux à la fois.

Afin d'éviter l'encombrement aux différents échelons sanitaires, et d'attirer l'attention des médecins sur certains blessés dont l'état exige une surveillance particulière, on devra établir dès le poste de bataillon ou le poste auxiliaire une *fiche de diagnostic* sommaire. Sur cette fiche, nous avons dès longtemps pris l'habitude, à notre régiment, de porter dans un coin les lettres conventionnelles G, M, L indiquant la gravité de la blessure. Nous y ajoutons même les variétés 1, 2, 3 (G^1 , G^2 , G^3 , etc.), dans l'ordre de gravité décroissante. Cette méthode mériterait d'être généralisée, car elle permet de classer rapidement, par un simple coup d'œil, les blessés d'après l'urgence des soins qu'ils doivent recevoir.

C. RELÈVE DU POSTE DE BATAILLON

Cette relève se fera dans les conditions inverses de celles de l'arrivée. Le médecin de bataillon passera à son successeur toutes les consignes, et lui donnera toutes indications utiles. Il lui laissera, le cas échéant, un certain nombre de pansements et d'antiseptiques

qui lui permettront d'attendre l'arrivée de son matériel, laquelle se trouve souvent retardée pour des raisons impossibles à prévoir.

D. CONCLUSIONS

Cette étude du service de santé de bataillon achevée, trois remarques s'imposent immédiatement, très évidentes pour celui qui a dirigé un tel service pendant un combat :

1^o *Insuffisance de personnel.* — Il s'agit tout d'abord des *médecins auxiliaires* qui devraient être au moins deux par bataillon pour pouvoir remplir le rôle que leur assignent les circulaires citées plus haut, mais aussi et surtout du *personnel brancardier*, notoirement insuffisant. Pour avoir les garanties voulues dans la relève des blessés le nombre des brancardiers devrait être porté à vingt-quatre par bataillon, soit trente-deux avec les tambours. Cette mesure permettrait d'affecter à chaque compagnie une équipe de quatre brancardiers, et de garder deux équipes en réserve au poste de bataillon pour les diriger là où leur présence serait utile, ou pour combler les vides qui se produisent chaque fois dans leurs rangs.

Enfin le médecin de bataillon devrait avoir un *cycliste réglementaire*, pris en dehors de son personnel, qui lui servirait d'agent de liaison avec son chef de bataillon et son médecin-chef. Une circulaire prescrivant cette mesure est appliquée dans certains corps de troupe ; dans d'autres, elle est interprétée différemment.

2^o *Insuffisance de matériel.* — Nous voulons surtout

parler ici des moyens de transport des blessés. Un progrès a été réalisé dans ce sens lorsqu'on a doté chaque bataillon de deux *brouettes porte-brancards*. Dans les secteurs calmes et où il existe des défilements naturels, celles-ci rendent de réels services, car elles accélèrent notablement les évacuations. Malheureusement ce mode de transport est presque toujours inutilisable dans les régions où ont lieu des attaques de quelque importance.

Aussi bien le brancard ordinaire est un moyen de transport incommode dans les tranchées et les boyaux de communication. Et on voit souvent les brancardiers lui substituer des moyens de fortune tels que toiles de tente, couvertures, ou encore plus simplement rapporter les blessés sur le dos, ce qui est non seulement fatigant pour le porteur, mais douloureux et nocif pour le blessé.

Nous avons tiré grand profit de l'emploi de *hamacs* mis très judicieusement en service par notre médecin-chef, M. le médecin-major Chapellier, qui a vu, il y a très longtemps déjà, les avantages de ce moyen de transport. Ils peuvent être, écrivait-il, « grâce à un bâton et légèrement modifiés, supportés à dos d'hommes. Ils sont souples, résistants, légers, non encombrants et peu coûteux. »

Cette idée a d'ailleurs été reprise et heureusement exploitée par l'ingéniosité du médecin-major Miorcec, lorsqu'il a créé son *brancard-hamac de tranchées*.

Actuellement, un grand nombre de brancards de tranchées ont été imaginés pour pallier aux inconvénients du brancard réglementaire. On pourra trouver

la description détaillée de ces appareils dans les thèses de nos camarades les D^{rs} Prétet et Vérit (voir la bibliographie). Il serait à souhaiter que l'emploi d'un ou deux de ces brancards, jugés comme étant les meilleurs, fût décidé et généralisé par le Service de Santé.

3° *Insuffisance des postes de secours*. — Nous entendons par là non l'insuffisance numérique, mais celle de l'installation. Nous avons vu plus haut (p. 13) les locaux prévus par certaines instructions comme devant faire partie du poste de secours. Une telle installation est non seulement utile et désirable, mais encore elle est nécessaire pour que le médecin puisse, non pas faire œuvre chirurgicale, mais simplement *œuvre propre*. D'autre part, il faut aussi que les différentes salles prévues, surtout la « salle d'attente », aient une capacité suffisante pour pouvoir contenir un assez grand nombre de blessés (au moins 20 blessés couchés). Les évacuations peuvent en effet se trouver suspendues ou ralenties, soit par suite de la violence excessive du bombardement, soit par le fait d'un apport de blessés de l'avant supérieur au chiffre des départs vers l'arrière ; dans les deux cas, il y aura encombrement du poste de secours au plus grand préjudice des blessés.

Il serait donc à souhaiter que le commandement vînt davantage en aide au Service de Santé et mît effectivement à sa disposition des équipes de pionniers et de sapeurs du génie pour construire et aménager des postes de secours non pas luxueux, mais seulement convenables.

§ III LE POSTE DE SECOURS CENTRAL OU RÉGIMENTAIRE

A. DÉFINITION ET RAISON D'ÊTRE

Si l'on consulte le règlement au sujet de la ligne de conduite que doit adopter le médecin-chef au combat, on se trouve en présence d'une formule vague et incomplète. Aussi a-t-elle été interprétée de façon fort différente par les intéressés. Sans nous attarder à exposer et discuter les différentes façons de procéder que nous avons vu employer, nous allons décrire immédiatement celle qui nous paraît être la meilleure.

Le médecin-chef, après avoir pris les instructions du colonel et reçu toutes indications utiles sur le futur secteur qui sera occupé par le régiment, le nombre des bataillons qui seront engagés, l'emplacement des réserves de régiment, etc., établira son poste de secours.

Mais une question se pose immédiatement. *Quelle est la raison d'être de ce poste de secours que l'on a baptisé dans maints régiments « central » ? — A quoi est-il destiné ?* — Devra-t-il, comme son nom l'indique, centraliser tous les blessés venant des postes de bataillon, sous prétexte de contrôler l'état de leurs pansements ou de prendre des renseignements administratifs ? Nous répondons immédiatement par la négative à ces deux dernières questions, car, dans l'hypothèse contraire, le poste de secours central serait *un barrage* sur la route des évacuations, et par le fait même il deviendrait néfaste.

A notre avis, le poste de secours régimentaire n'a que deux raisons d'être. Tout d'abord il est évident qu'entre la ligne des postes de bataillon et le poste central d'une part, en arrière de celui-ci d'autre part, il va tomber beaucoup de blessés. N'est-ce pas là, en effet, que se trouvent la plupart du temps les réserves de régiment ; et n'existe-t-il pas, dans cette zone, une circulation continuelle (corvées de ravitaillement, agents de liaison, brancardiers transportant des blessés, etc.) ? De plus, malgré toute l'activité qui règne dans les postes de bataillon et leur bonne organisation préalable, ceux-ci seront forcément et fatalement débordés pendant les premières heures de l'action. Or, comme nous l'avons vu plus haut, le seul moyen qui leur permette d'éviter un encombrement trop grand est de diriger sur le poste de secours central, les blessés légers capables de marcher, et les blessés couchés moyens dont le pansement est provisoirement suffisant.

En résumé, le poste de secours central, qui d'ailleurs serait mieux dénommé poste de secours régimentaire, ne devra en aucun cas et sous aucun prétexte être une cause de ralentissement des évacuations des blessés pansés aux postes de bataillon. Les brancardiers devront même l'éviter s'il n'est pas situé exactement sur le trajet entre ce dernier et le relai des brancardiers divisionnaires.

Ce premier point éclairci, une deuxième question se pose : *de quels éléments se compose ce poste de secours central ?*

Le règlement ne prévoit aucun personnel et aucun

matériel pour l'installation de ce quatrième poste de secours. Il n'existe que trois voitures médicales, réparties dans chacun des bataillons. Force est donc au médecin-chef de prélever sur ceux-ci le personnel qui lui est nécessaire. Il prendra par exemple : un caporal infirmier, un infirmier et un secrétaire. Il y ajoutera deux ordonnances et un cycliste qui pourront, le cas échéant, servir d'aides. Enfin, le médecin-chef a désormais à sa disposition les musiciens. Ceux-ci, au nombre de 30 à 40, seront divisés en 4 lots : 3 lots de 8 qui seront affectés chacun à un bataillon, et un lot de 12 qui restera au poste central servant de réserve, et pourra être employée en première ligne ou faire les évacuations sur l'arrière, suivant les circonstances. Dans ces conditions, le poste de secours pourra fonctionner, d'autant que très souvent le poste de secours du bataillon de réserve viendra s'annexer à lui.

Quant au matériel, il est inexistant. Le médecin-chef doit donc aménager une voiture de réquisition où il disposera dans des paniers et dans des caisses tout le matériel nécessaire au fonctionnement de son poste de secours.

B. INSTALLATION

En ce qui concerne les *dispositions préliminaires* de reconnaissance du secteur, le médecin-chef se comportera comme les médecins de bataillon.

Emplacement. — On doit ici tenir compte des *mêmes considérations métriques* que pour le poste de

bataillon. C'est folie que d'installer un poste de secours régimentaire, comme nous l'avons vu faire, à 4 kilomètres de la ligne de feu, car, dans ces conditions, la distance à parcourir par les brancardiers est $4 \times 2 = 8$ kilomètres.

Il importe de plus que la situation de ce poste soit *axiale*, c'est-à-dire qu'il représente le plus exactement possible le point de convergence des trois bataillons.

Les autres données relatives à l'emplacement sont les mêmes que pour les postes de bataillon.

Installation des locaux. Répartition du personnel. — Nous pourrions répéter ici tout ce que nous avons dit précédemment (p. 18 et 21).

C. FONCTIONNEMENT DU POSTE CENTRAL ROLE PERSONNEL DU MÉDECIN-CHEF

Le médecin-chef ne doit pas quitter son poste de secours qui, comme l'a écrit M. le médecin-major Chappellier, « constitue pour lui aussi son vrai poste : 1° de commandement; 2° technique. En effet, c'est là qu'il devra tout d'abord faire œuvre médico-chirurgicale; là aussi qu'on saura le trouver et lui faire savoir où diriger les équipes supplémentaires pour relever les blessés. C'est là enfin que les aides-majors sauront qu'il se tient en permanence, ayant ainsi la certitude d'être ravitaillés en matériel ou secourus en personnel. C'est là encore qu'il présidera à l'organisation des évacuations pour qu'elles aient lieu rapidement et dans de bonnes conditions... »

En somme, le médecin-chef doit jouer un double rôle, à la fois médical et administratif.

a) **Rôle administratif.** — Au fur et à mesure des entrées, les blessés sont inscrits sur le *carnet médical*. Signalons en passant que l'on a avantage à remplacer le carnet de modèle réglementaire encombrant et incommode par un simple cahier ordinaire d'écolier.

De plus, le médecin-chef tient chaque jour sa situation n° 2, prend les éléments nécessaires pour rédiger plus tard son « Journal de marche et opérations ». D'autre part, il devra faire les constatations de décès pour les blessés morts en cours de route, dresser l'inventaire des objets ou valeurs qu'ils portent sur eux, et envoyer ces derniers à l'officier de détails du régiment qui les fera parvenir aux familles.

Enfin, le médecin-chef possédera une réserve d'objets de pansement et de personnel qui lui permettront de venir en aide, si cela est nécessaire, aux médecins de bataillon.

b) **Rôle médical.** — Il est le même que pour les médecins de bataillon, mais cependant il est beaucoup plus important en ce qui concerne les évacuations. Le médecin-chef est constamment tenu au courant par ses aides-majors du nombre de blessés qu'ils ont à évacuer. Il devra répartir judicieusement son personnel de façon, d'une part, à obtenir le maximum de rendement dans son travail, d'autre part, à éviter qu'une partie des brancardiers ne reste inoccupée pendant que l'autre ne peut suffire à sa tâche. Il devra enfin se tenir con-

stamment en liaison avec le médecin-chef du groupe de brancardiers divisionnaire et avec le médecin divisionnaire pour que, ceux-ci connaissant exactement la tâche à accomplir, puissent eux-mêmes coordonner leurs efforts en vue d'assurer les évacuations dans le minimum de temps.

c) **Relève du poste central.** — Elle a lieu dans les mêmes conditions que celle des postes de bataillon. Le médecin-chef part après avoir passé les consignes à son camarade du nouveau régiment et lui avoir laissé, le cas échéant, un certain nombre d'objets de pansement pour parer aux imprévus.

Dans la période de repos qui suit immédiatement la relève, le médecin-chef adresse au colonel son « rapport après le combat », où il fait ressortir le nombre de blessés graves, moyens, légers, qu'il a soignés et évacués.

Il établira également une demande pour remplacer les infirmiers ou brancardiers tués, blessés ou prisonniers. Il fera ses demandes de matériel, états de pertes ou détériorations... Enfin, il fera dresser des certificats d'origine pour les blessés qui n'auraient pas été évacués. Les autres recevront le leur dans la formation sanitaire qui les aura soignés.

D. CONCLUSIONS

1° Le poste de secours central devra répondre à la définition que nous en avons donné au commencement de cette étude :

2° Ici encore, nous pouvons faire, comme pour le poste de bataillon et plus encore que pour lui, la triple remarque : insuffisance de personnel, de matériel et de locaux aménagés d'avance.

§ IV. LE POSTE DE SECOURS ET LE PREMIER PANSEMENT

1° ROLE DU PREMIER PANSEMENT

A notre avis, ce rôle doit être triple : lutter contre la douleur, l'hémorragie, l'infection.

En ce qui concerne **la douleur**, l'action calmante du premier pansement est indéniable. Elle est surtout évidente dans les cas de fractures qui viennent d'être confortablement immobilisées ou de larges plaies avec délabrements soigneusement nettoyées et pansées. A quoi doit-on attribuer cette influence sédative ? A des facteurs moraux peut-être, mais aussi et surtout à ce fait que les extrémités nerveuses mises à nu dans la plaie cessent d'être excitées par des agents traumatisants, tels que l'air, le soleil, les corps étrangers, etc. Quoi qu'il en soit, cette action bienfaisante est relativement courte ; elle disparaît au fur et à mesure que l'infection se développe, et la formation du pus, surtout lorsqu'il existe un obstacle à son écoulement, rend bientôt la douleur plus vive encore qu'au début.

L'hémorragie, dans les blessures de guerre, s'observe à tous les degrés et sous toutes les formes : artérielle, veineuse, capillaire, en jet, en nappe, en suintements... Il s'agit toujours naturellement pour nous d'hémorragies primitives. Et, fait en apparence

paradoxal, ce ne sont pas les plaies les plus larges et s'accompagnant des délabrements les plus étendus qui donnent lieu aux hémorragies les plus abondantes. C'est que, dans les conditions où se produisent ces blessures, l'hémostase spontanée est singulièrement favorisée : l'agent vulnérant fait véritablement de l'angiotripsie. Néanmoins, certains blessés arrivent au poste de secours avec des hémorragies artérielles typiques, en jet, qui, si elles n'étaient arrêtées de suite seraient rapidement mortelles. Ou bien ce sont des hémorragies veineuses en nappes, continues et abondantes. Et ces cas sont loin d'être l'exception. Aussi l'hémostase sous toutes ses formes est-elle l'intervention par excellence des postes de secours de première ligne : ils devront être outillés pour la réaliser rapidement et efficacement.

Nous verrons plus loin la technique à employer pour soigner les différentes hémorragies.

L'infection est le troisième péril que doit chercher à conjurer le premier pansement. A notre avis, toute plaie de guerre doit être considérée comme infectée d'emblée. Cet axiome, qui est peut-être faux pour certaines blessures par balle, est toujours vrai quand il s'agit de plaies par projectiles d'artillerie. Et, comme le dit très bien M. le médecin-major Jullien, « le traitement préventif de la gangrène et de l'infection dans les plaies de guerre doit reposer sur ce principe qu'elles sont primitives et que leur cause siège dans la blessure à partir du moment même où elle se produit : elle résulte de l'association des germes infectants et de la désorganisation cellulaire. C'est avec le premier pan-

sement que doit débiter l'action thérapeutique contre l'infection commençante. »

Nous savons maintenant à quelles indications répond le premier pansement ; demandons-nous comment il pourra les remplir.

2° DIFFÉRENTES MODALITÉS DU PREMIER PANSEMENT TECHNIQUE ET DISCUSSION

a) **Lutte contre la douleur.** — Elle passe au second plan devant les deux indications suivantes :

b) **Lutte contre l'hémorragie.** — Nous avons ici trois moyens principaux à notre disposition : le garrot, la compression, la ligature.

Le *garrot* est considéré à l'heure actuelle, et à juste titre, comme un mauvais moyen d'hémostase. Car non seulement il est douloureux, mais encore et surtout il favorise singulièrement le développement de l'infection et de la gangrène dans les plaies, en provoquant la stase sanguine dans les membres situés en aval de la stricture. Néanmoins, il ne faut pas oublier que c'est le seul moyen sûr dont dispose le profane ou le brancardier dans la tranchée en attendant le médecin. Employé dans ces conditions, *avec la condition expresse qu'on ne le laissera pas en place plus d'une heure*, le garrot rendra des services, sauvera même plus d'une vie humaine.

Le médecin, à moins qu'il ne soit absolument pris au dépourvu, aura recours aux autres moyens d'hémostase.

α. La compression. — Un pansement compressif suffira dans beaucoup de cas, notamment dans les hémorragies en nappe (capillaires ou veineuses). Au besoin, on réalisera un tamponnement un peu serré de la plaie avec de la gaze et on appliquera le coton et la bande par dessus.

β. La ligature. — C'est le procédé de choix dans les hémorragies artérielles. On doit la pratiquer toutes les fois qu'on le peut, c'est-à-dire dans les secteurs tranquilles où les blessés ne sont pas très nombreux. A défaut d'une ligature typique, on pourra se contenter, quand on sera très pressé, de placer avec soin une pince hémostatique stérilisée sur l'artère qui saigne et appliquer sur le tout un pansement aseptique.

c) Lutte contre l'infection. — A ce point de vue l'antiseptique idéal sera celui qui détruira le microbe ou l'empêchera de se développer, tout en ne portant pas atteinte à la vitalité des tissus déjà désorganisés par le traumatisme.

α. Le pansement iodé. — Cet antiseptique est-il la teinture d'iode qui a été si employée jusqu'à ce jour? Nous ne le croyons pas. En effet, d'une part, il n'est pas douteux que l'iode et l'alcool absolu ne soient très nocifs pour les éléments anatomiques. D'autre part, l'action bactéricide de la teinture d'iode, bien que puissante, ne l'est cependant pas suffisamment pour rendre stérile une plaie de quelque importance. Nous croyons que la puissance bactéricide de cet antiseptique est considérablement diminuée de ce fait qu'il coagule les matières albuminoïdes, de sorte que, si les microorga-

nismes superficiels sont détruits, ceux de la profondeur se trouvent mis à l'abri d'une gangue protectrice due à l'action même du médicament; ils se développeront ultérieurement et l'infection suivra son cours.

Ajoutons à ces inconvénients du pansement iodé :

1° Que la désinfection par cet agent d'une plaie un peu large et anfractueuse en exige une quantité considérable sous peine d'être illusoire ;

2° Que la teinture d'iode coûte fort cher; et nous comprendrons que l'on ait cherché dans la longue série des antiseptiques quel est celui qui pourrait avantageusement remplacer l'iode.

β. *Le pansement au liquide de Dakin* (méthode de Carrel simplifiée). — Cet antiseptique idéal, il semble qu'on l'ait trouvé ou du moins qu'on s'en soit bien rapproché ; les résultats obtenus avec le liquide de Dakin appliqué suivant la méthode de Carrel en font foi. La supériorité de ce liquide sur les autres antiseptiques consiste en ce fait qu'il associe un pouvoir bactéricide très marqué à une nocivité minima pour les cellules vivantes.

Mais, dira-t-on, c'est folie de vouloir appliquer la méthode de Carrel dans un poste de secours.

Il ne s'agit pas de la méthode des tubes à irrigation continue, mais de la méthode simplifiée dont l'exposé suit :

On lavera d'abord le pourtour de la plaie avec de l'eau salée à 14 pour 100, dont les propriétés hémolytiques dépouillent admirablement la peau de toute trace sanglante et lui donnent un aspect blanc et propre.

On nettoiera ensuite la plaie elle-même par irrigation au liquide de Dakin.

La plaie sera pansée avec de la gaze aseptique chiffonnée imprégnée du liquide, recouverte elle-même d'une épaisse nappe de coton stérilisé non hydrophile.

Cette technique a été appliquée par M. le médecin major Jullien en Artois, dès le mois de septembre 1915, à son relai de brancardiers divisionnaires. Elle a été ensuite recommandée par M. Carrel (*Presse médicale*, 11 octobre 1915).

On pourra au besoin remplacer le Dakin par l'eau salée à 14 pour 100. « Les solutions salées concentrées, dit M. Jullien, mettent le blessé dans un véritable bain de saumure qui s'oppose à la pullulation des germes, mais qui a peut-être l'inconvénient, pour un pansement immédiat, d'exercer une action hémolytique retardant la formation du caillot. »

Les différentes manœuvres de ce procédé sont supposées pratiquées avec du matériel stérilisé; nous verrons plus loin la provenance possible de ce dernier. On pourra même, *mais sous la condition expresse que cette dernière supposition soit réalisée*, pousser encore plus loin l'application de la méthode : on placera dans la plaie des tubes de caoutchouc stérilisés que l'on disposera de façon à irriguer toutes les surfaces de celle-ci. Ces tubes, dépassant à l'extérieur du pansement, permettront d'injecter en moyenne toutes les deux heures du liquide de Dakin. Ainsi sera réalisé le procédé de l'*instillation intermittente*.

Une ou plusieurs instillations seront faites au poste de secours, suivant le temps que le blessé devra y

rester en attendant son évacuation. Au relai des brancardiers divisionnaires on en pratiquera une autre, si besoin est; de même à l'ambulance de triage, etc.

Certes, nous sommes loin, à l'heure actuelle, de pouvoir appliquer ce dernier perfectionnement de la méthode, mais nous ne croyons pas que ce soit impossible. Peut-être pourrait-on alors avoir un traitement préventif réellement efficace de l'infection et de la gangrène.

γ. Parallèle entre le pansement iodé et le pansement au Dakin. — Au point de vue pratique l'eau salée et le liquide de Dakin présentent sur la teinture d'iode le grand avantage de coûter beaucoup moins cher. D'autre part, ils sont de préparation facile dans les postes de secours grâce à la solution mère que les médecins de régiment peuvent avoir dans leurs approvisionnements et que l'on peut utiliser après dilution dans une eau médiocrement stérile.

Au point de vue chirurgical, ils présentent une double supériorité :

1° Leur action nocive sur les éléments anatomiques est à peu près nulle, nous l'avons déjà vu.

2° Leur action bactéricide, quoique moins brutale, est beaucoup plus sûre, car ne coagulant pas les albuminoïdes, ils tiennent constamment sous leur influence les microorganismes. Nous ferons remarquer ici que deux conditions sont nécessaires pour que l'infection puisse être combattue efficacement par cette méthode : la première est que toutes les parties de la plaie sans exception soient en contact avec l'antiseptique (d'où la nécessité d'ouvrir les cavités fermées infectées) et la

deuxième que l'action du médicament soit continue (il faudra renouveler celui-ci constamment : d'où la méthode de l'instillation intermittente ou continue). Les insuccès de la méthode sont dus pour la plupart à l'inobservance de ces principes.

La pratique a sanctionné dans le sens favorable le procédé simplifié exposé plus haut, et nous avons appris par nos collègues des ambulances que les plaies traitées de cette façon avaient bien meilleur aspect à l'arrivée des blessés que celles que nous soumettions au simple pansement iodé.

δ. *L'injection antitétanique.* — Elle doit être pratiquée systématiquement au poste de secours de bataillon toutes les fois que cela est possible, c'est-à-dire en dehors des périodes de violents combats produisant subitement un très grand nombre de blessés. Cette façon de procéder a réduit singulièrement le nombre des cas de mort par tétanos. Sur 10.000 blessés soignés à son ambulance, M. le médecin-major Piqué n'a relevé aucun cas de tétanos primitif et seulement 3 cas de tétanos retardé. « L'expérience de la guerre, dit-il, a donc fait justice des préventions contre la sérothérapie antitétanique ».

3° DANGERS DU PREMIER PANSEMENT

Malgré les améliorations apportées à la technique du premier pansement, celui-ci « doit être essentiellement provisoire, car il a un défaut primordial : le blessé y a saigné, et ce sang, extravasé dans le pansement, constitue, avec la chaleur du corps et du coton de

rembourrage, un milieu de culture idéal pour les germes de la septicémie et de la gangrène; primitivement protecteur, le premier pansement devient rapidement infectant; d'où la nécessité d'apporter à sa confection le plus de soin possible et d'en débarrasser au plus vite le blessé ».

4° CE QUE DOIT ETRE LE POSTE DE SECOURS

« Dans l'organisation d'un poste de secours, au milieu des tranchées, il ne faut pas s'en tenir à la protection contre les projectiles; il y a des préoccupations techniques dont il est urgent de tenir compte : réduit à un local de dimensions restreintes avec un sol recouvert de paille sur laquelle mange et couche le personnel, le poste de secours devient un milieu déplorable dans lequel le médecin, quelle que soit son éducation première, perd fatalement l'optique chirurgicale, favorisé dans cet oubli des principes par l'encombrement et la bousculade aux heures des grands arrivages de blessés.

Il est donc essentiel de faire ce qu'on peut appeler « l'installation chirurgicale du poste de secours », en dehors de laquelle il n'est qu'un infâme « gourbi », foyer de gangrène et d'infection.

Il ne s'agit certes pas de réaliser l'utopie d'un poste de secours transformé en ambulance de première ligne, il s'agit simplement d'en faire une installation décente, où le médecin de bataillon pourra faire œuvre propre, où la « place de pansement » ne sera pas la chambre à tout faire, où le personnel aura un abri distinct et où les blessés trouveront des galeries suffisamment vastes

pour y attendre leur évacuation sur l'ambulance qui sera aussi hâtive que possible¹ ».

Dans un poste de secours ainsi conçu, il sera plus facile de faire un premier pansement remplissant le rôle qui lui a été assigné; c'est alors que nous serons autorisés à dire avec M. Tuffier : « Le poste de secours n'est pas un atelier d'emballage, c'est une formation où l'on sauve la vie ».

5^e REMARQUE

On m'objectera peut-être que les considérations précédentes sont impossibles à mettre en pratique pendant les périodes de combats violents. A cela je répondrai : La guerre actuelle de tranchées est un combat continu dont la violence varie d'un jour à l'autre. La ligne de conduite du médecin devra s'adapter aux circonstances : pendant les périodes calmes on travaillera à « l'installation chirurgicale » du poste de secours, on appliquera la méthode du premier pansement préventif de l'infection dans tous ses détails. Quand viendront les violents combats on emploiera la technique simplifiée décrite plus haut qui est aussi rapide que toute autre, et l'on pourra bénéficier des efforts faits dans l'aménagement du poste de secours, soit par soi-même, soit par d'autres.

¹ Les formations sanitaires dans la guerre actuelle, par le Dr Jullien, médecin-major de 1^{re} classe (*Lyon médical*, n° 3, mars 1916).

CHAPITRE II

LE GROUPE DE BRANCARDIERS DIVISIONNAIRE

Le groupe de brancardiers divisionnaire (en abrégé G. B. D.) est une formation sanitaire destinée au transport des blessés du poste de secours à l'ambulance et à venir en aide aux brancardiers régimentaires quand ceux-ci ne suffisent pas à leur tâche.

Personnel. — Il comprend :

- 1 médecin-chef, médecin-major de 1^{re} ou 2^e classe ;
- 1 médecin aide-major ;
- 8 médecins auxiliaires ;
- 1 pharmacien aide-major ;
- 2 officiers d'administration (1 gestionnaire et 1 officier d'approvisionnement) ;
- 1 officier du train ;
- 2 ministres des cultes ;
- 140 brancardiers, dont 8 sous-officiers et 16 caporaux ;
- 45 soldats du train, dont 4 sous-officiers.

Matériel. — Le matériel sanitaire se compose actuellement de :

- 2 grandes voitures pour blessés (à 4 roues) ;

8 petites voitures pour blessés (à 2 roues);

2 voitures médicales identiques à celles des régiments d'infanterie;

2 charriots de parc portant chacun 15 brouettes porte-brancards;

2 fourgons contenant : 140 brancards, des musettes de brancardiers, etc.

L'expérience de cette guerre a prouvé que le rendement des voitures à chevaux et des brouettes porte-brancard dans les grands combats est tout à fait insuffisant. De sorte que le seul vrai moyen de transport est l'automobile (voir à la fin du chapitre : les *sections sanitaires automobiles*).

Il existe un groupe de brancardiers divisionnaire par division d'infanterie; ce groupe peut se diviser en deux sections capables de fonctionner isolément.

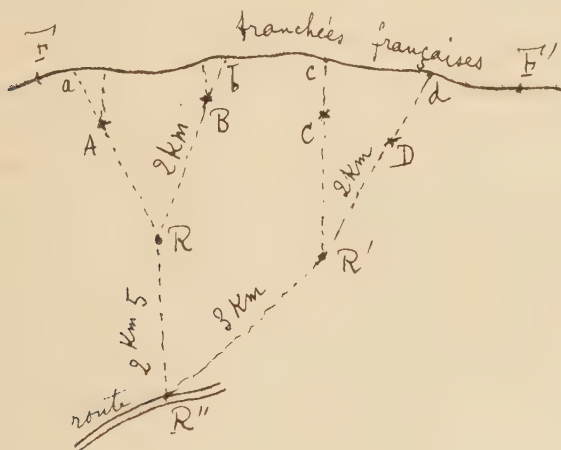
Rôle du G. B. D. au combat. — En principe, il transporte les blessés des postes de secours aux ambulances. Le plus souvent, les voitures du groupe ne peuvent pas aller jusqu'aux postes de secours, et le trajet se fait en deux temps. Dans un premier temps des équipes de brancardiers prennent les blessés aux postes de bataillon ou de régiment et les apportent jusqu'au *relai* ou *point de jonction* qui représente le terminus des automobiles ou des voitures à chevaux. Le deuxième temps commence alors et finit à l'arrivée à l'ambulance.

La tâche à accomplir par le G. B. D. est quelquefois fort lourde. Elle est fonction de nombreux facteurs, tels que : violence de l'action, nombre de régiments en

ligne, étendue de front occupée, trajet séparant les postes de secours du relai, aménagement du secteur au point de vue évacuations, etc. Aussi, comme l'effectif du groupe est relativement faible, on comprendra que celui-ci puisse parfois être mis dans l'impossibilité de suffire à sa tâche.

Pour fixer les idées, prenons un exemple emprunté aux derniers combats où je me suis trouvé, à V...

Tous les régiments de la division sont engagés sur un front assez étendu (environ 3 kilomètres). Le combat est très violent. Il n'existe pas de boyaux d'évacuation. Celle-ci n'est possible que pendant les cinq ou six heures de nuit, où le tir de l'artillerie ennemie est moins intense.



En A, B, C, D, les postes de secours des régiments en ligne. En R et R' deux relais où les brancardiers régimentaires apportent les blessés et les passent aux divisionnaires. En R'' le point terminus des autos. Les brancardiers divisionnaires, au nombre de 120 sont

divisés en 2 équipes de 60 (soit 15 équipes de 4 brancardiers), faisant l'une le trajet entre R et R" (2 km. 5), l'autre entre R' et R" (3 kilom.). Les brancardiers régimentaires, au nombre de 100 environ par régiment (soit 25 équipes de 4), apportent les blessés de A, B, C, D en R et R' (distance variant entre 2 km. 5 et 3 kilom.). Au premier voyage, les brancardiers régimentaires ont amené 50 blessés couchés en R et autant en R'. Or, en chacun de ces points se trouvent 15 équipes de brancardiers divisionnaires pouvant prendre chacune 1 blessé. Il restera 35 blessés couchés en R et autant en R' qui ne pourront être évacués au premier voyage. Or, comme le trajet RR" ou R'R" est plus long que celui aR, bR, cR'..., les brancardiers divisionnaires ne pourront se rattraper sur le nombre des voyages.

Il devait résulter de là un encombrement des points R et R'. C'est en effet ce qui s'est produit.

Comment remédier aux faits de ce genre? —

Tout d'abord, me dira-t-on, pourquoi n'avoir pas rapproché les relais R et R' du point R", pour mieux répartir la besogne? A cela je répondrai que la tâche des brancardiers régimentaires pour venir en R et R' était déjà plus que suffisante. La seule solution acceptable était donc le *renforcement du groupe de brancardiers*.

Mais comment opérer ce renforcement? Faut-il augmenter l'effectif de tous les G. B. D.? Nous répondons immédiatement par la négative et croyons que le problème peut être résolu autrement. Dans le combat dont

il est question plus haut, on a essayé d'employer des territoriaux. Ceux-ci étaient répartis par équipes de quatre munies chacune d'un brancard et encadrées par des sous-officiers du groupe de brancardiers, ou bien encore on formait des équipes mixtes composées de deux brancardiers et deux territoriaux. Ce procédé, déjà employé ailleurs, n'a jamais donné de bons résultats; les hommes ainsi employés accomplissaient à grand'peine un voyage et plus souvent encore laissaient de côté leur brancard et disparaissaient. C'est que, quoi qu'on en dise, on n'improvise pas un brancardier; ce métier demande, comme nous l'avons déjà dit, beaucoup de sang-froid, de dévouement et aussi d'endurance physique, car il est très pénible.

Les groupes de brancardiers de corps sont des formations qui à l'heure actuelle ne répondent à rien, l'unité combattante étant la division et non le corps d'armée. Ils pourraient donc être supprimés ou plutôt transformés en ce que nous appellerons des « *groupes divisionnaires indépendants* ». Ceux-ci réunis dans les mains du médecin d'armée constitueraient des « masses de manœuvre » destinées à coopérer aux évacuations avec les G. B. D. des divisions engagées. De la sorte, une attaque importante étant prévue dans un secteur, de même que le général de division prépare l'attaque au point de vue tactique, de même le médecin divisionnaire la préparera au point de vue Service de santé et plus spécialement évacuations. Il demandera au médecin d'armée, par l'intermédiaire du directeur du Service de santé, de mettre à sa disposition un, deux... « groupes indépendants. » Ceux-ci seront amenés suf-

fisamment près de la ligne de feu pour pouvoir entrer en action au premier signal.

Nous ferons remarquer ici que, pour obtenir d'heureux résultats sur ce terrain des évacuations, une liaison parfaite est nécessaire entre les différents échelons : régiment, division, corps d'armée et armée.

Certains médecins ont demandé la *suppression des groupes de brancardiers divisionnaires*, donnant comme principal argument que cette formation immobilise un grand nombre de médecins pour leur faire faire non de la médecine, mais du transport de blessés, au cours duquel d'ailleurs ils ne pouvaient nullement faire œuvre médicale. Et ils ont vu là un moyen de renforcer les effectifs des brancardiers régimentaires souvent insuffisants, comme nous l'avons dit. Nous ne partageons pas cette manière de voir. En ce qui concerne les médecins, leur retrait des groupes de brancardiers ferait de ceux-ci de simples organes de transport; or nous montrerons plus loin comment *le groupe de brancardiers peut et doit être utilisé médicalement*. De plus, ce retrait exigerait leur remplacement par des officiers d'administration ou du train : on conçoit mal, d'une part, des brancardiers instruits et commandés par de tels officiers, d'autre part, l'action du médecin divisionnaire sur ces nouvelles formations. Sans doute il n'est pas nécessaire d'avoir dans les G. B. D. des médecins aide-majors ou des médecins auxiliaires à 16 ou 12 inscriptions. Mais pourquoi ne pas y placer d'office tous les étudiants ayant moins de 8 inscriptions, dont les connaissances médicales, forcément limitées, ne permettent guère d'autre utili-

sation. Pour ce qui est de la répartition des brancardiers divisionnaires entre les régiments de la division, nous n'en sommes pas partisan non plus. Car, à notre avis, le groupe constitue une *masse de manœuvre*, une *force* qui doit être appliquée tout entière là où besoin est ; la diviser, c'est la diminuer. C'est d'ailleurs sur cette idée que repose la création des G. B. D. Prenons un exemple ; supposons un régiment d'une division engagé dans un violent combat. Les blessés abondent et les brancardiers régimentaires ont peine à les relever tous. Tout l'effort des brancardiers divisionnaires portera sur les évacuations des blessés de ce régiment ; aux brancardiers régimentaires seront adjointes trente équipes nouvelles. Le rendement sera trois fois supérieur à ce qu'il aurait été si l'on s'était contenté de renforcer de sept équipes le personnel brancardier de chaque régiment.

Utilisation médicale du G. B. D. Liaison thérapeutique entre le poste de secours et l'ambulance.

— « Le transport rapide des blessés pansés au poste de secours, sans perdre un temps précieux dans les formations de triage est un élément primordial de l'évolution favorable des blessures. Mais il peut se produire des circonstances dans lesquelles ce transport immédiat n'est pas réalisable, soit que la circulation des automobiles sanitaires soit suspendue par des tirs de l'artillerie ennemie, par l'encombrement ou le mauvais état des routes, soit pour toute autre raison. En outre, un blessé n'est réellement arrivé à l'ambulance que lorsqu'il est entre les mains d'un chirurgien de la

formation et il y a souvent loin de la porte d'entrée à la salle de pansement quand les blessés sont amenés par convois multiples et nombreux. Pendant ce temps, l'infection fait sourdement des progrès dont dépendent la conservation des membres et la vie des individus. Le point de vue administratif n'est pas le point de vue chirurgical.

Il est donc essentiel d'établir, sur le trajet entre le poste de secours et l'ambulance, au point terminus des automobiles, là où cesse le transport à bras ou en brouettes, un organisme qui permette de mettre à profit les interruptions toujours possibles de l'écoulement des blessés vers l'arrière pour améliorer le pansement rapide du poste de secours, enlever les garrots facteurs de gangrène ultérieure, débarrasser les blessés de ce pansement sanguinolent dont le maintien prolongé est un agent d'infection. » (*La liaison thérapeutique du poste de secours et de l'ambulance par le groupe de brancardiers*, par M. le médecin-major Jullien, *Lyon Médical*, n° 3, mars 1916).

L'organisme en question n'est autre que le relai des brancardiers divisionnaires, mais conçu de telle façon qu'il représente un vrai poste de secours d'installation décente.

M. Jullien a réalisé ces vues l'an dernier au moment des combats d'Artois en créant, avec le concours de M. Baur (F. L.), médecin-chef d'une ambulance, un relai de ce genre que nous avons fort bien connu. Ce relai fonctionnait dans les conditions spécifiées plus haut. On s'y attachait surtout à débarrasser de leur premier pansement les blessés qui y avaient saigné. Ils

étaient ensuite pansés à nouveau selon le procédé de Carrel simplifié que nous avons décrit. Ces soins étaient complétés par des distributions de boissons chaudes et de champagne. Mais jamais l'évacuation d'un blessé n'était retardée sous prétexte de lui refaire son pansement. Fonctionnant d'après ces données, ce relai a donné les meilleurs résultats.

Donc, le groupe de brancardiers peut et doit être utilisé médicalement; ce doit être un organe d'évacuation, et non pas de charroi, cela pour le plus grand bien des blessés. Il est l'agent normal de la liaison thérapeutique entre le poste de secours et l'ambulance.

Nous ajouterons qu'il devra compléter ce rôle *en assurant le ravitaillement des postes de secours en matériel stérilisé*, provenant des ambulances et contenu dans des boîtes métalliques hermétiquement closes.

Les postes chirurgicaux avancés. — Ces postes sont destinés à porter le secours chirurgical au voisinage immédiat de la ligne de feu. Nous avons eu l'occasion de voir fonctionner en Artois le poste de M. Proust, installé avec le personnel et le matériel de son ambulance automobile.

L'expérience a montré que ces formations devaient se borner à faire de la chirurgie d'extrême urgence : ligatures, régulariser les plaies, achever l'amputation de membres mutilés, etc.. A ce titre, elles ont vraiment rendu des services.

Les sections sanitaires automobiles. — Au début de la campagne, il existait une section sanitaire

automobile de vingt-quatre voitures par corps d'armée. C'était insuffisant ; de plus l'aménagement des voitures, pour la plupart réquisitionnées dans le commerce, laissait à désirer ; les sections sanitaires étaient sous la dépendance du général commandant le corps d'armée qui les mettait à la disposition des directeurs du Service de santé sur leur demande ; enfin les voitures faisaient uniquement le transport des blessés entre l'ambulance et l'hôpital d'évacuation.

Aujourd'hui ces imperfections ont disparu ; les voitures sont bien aménagées, sont entièrement à la disposition du Service de santé, et vont jusqu'aux postes de secours avancés chaque fois que c'est possible. Il existe par corps d'armée à deux divisions, deux sections sanitaires de vingt voitures chacune.

Il est à souhaiter que ce moyen de transport soit encore développé, car, comme l'expérience de cette guerre l'a montré, c'est le seul dont le rendement soit réellement satisfaisant ; surtout dans les périodes de combat.

CHAPITRE III

LE GROUPE DE BRANCARDIERS DE CORPS

(G. B. C.)

C'est une formation sanitaire de l'arrière qui, sur l'ordre du Directeur du Service de santé, vient renforcer les groupes de brancardiers divisionnaires.

Ces groupes comprennent deux sections comme les groupes divisionnaires. De plus, à chacun d'eux est adjointe une section d'hygiène et de prophylaxie.

Personnel :

- 1 médecin-chef (médecin-major);
- 2 médecins aide-majors (l'un est chargé du laboratoire de bactériologie);
- 2 officiers d'administration (1 gestionnaire, 1 officier d'approvisionnement);
- 1 officier du train;
- 4 ministres des cultes (1 protestant, 1 israélite, 2 catholiques);
- 6 médecins auxiliaires;
- 185 brancardiers, dont 10 sous-officiers;
- Un certain nombre de soldats du train.

Matériel. — Au début de la campagne, il comprenait :

6 grandes voitures pour blessés;

8 petites voitures pour blessés;

2 voitures médicales;

3 fourgons sanitaires (brancards, musettes et pansements, nécessaire pour analyse d'eau, pansements, instruments, laboratoire portatif de bactériologie, etc.);

3 chariots de parc portant chacun 15 brouettes porte-brancard;

20 cacolets;

2 fourgons à vivres, 1 forge et 1 cuisine roulante.

Rôle. — Les G. B. C. devraient, à notre avis, être transformés en *groupes de brancardiers divisionnaires indépendants* qui seraient des formations de l'avant, et fonctionneraient comme nous l'avons exposé plus haut (voir p. 51).

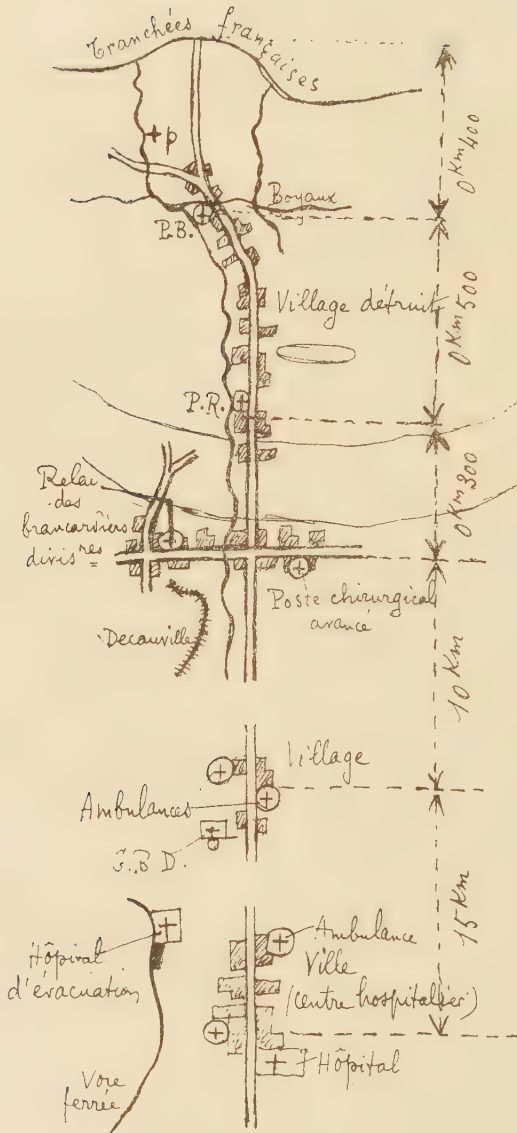
CHAPITRE IV

UN SCHÉMA MONTRANT LE FONCTIONNEMENT DU SERVICE DE SANTÉ DE L'AVANT

Nous prendrons comme exemple un secteur que nous avons occupé, l'an dernier, en Artois.

Pendant les périodes calmes, les blessés tombés dans les tranchées étaient apportés par les brancardiers régimentaires au poste de secours de bataillon P. B., situé à 400 mètres environ des tranchées (par les boyaux 600 mètres), dans une cave bien aménagée d'un village détruit. Là nous faisons un pansement propre, une injection de sérum antitétanique, et nous dirigeons les blessés sur le relai des brancardiers divisionnaires, situé dans un autre village voisin (distance : 1 kilomètre par les boyaux). Ceux dont l'état l'exigeait étaient envoyés directement sur le poste chirurgical avancé voisin du relai.

Dans les cas urgents, un coup de téléphone passé du poste de commandement proche de notre poste de secours faisait venir une auto au relai avant même l'arrivée du blessé. Celui-ci était alors rapidement em-



porté dans une ambulance avancée (10 kilomètres environ) où sur un centre hospitalier (25 kilomètres).

Les blessés légers partaient en principe par les voitures à chevaux, ou le Decauville.

Au moment des attaques, un poste de secours auxiliaire était installé en *p* (250 mètres des lignes) pour donner les soins d'extrême urgence sous la direction de mon médecin auxiliaire. Ces blessés couchés, pansés là et au poste de bataillon étaient transportés au poste régimentaire P. R. par les brancardiers de compagnie aidés des tambours et des musiciens. Ils étaient alors pris par les brancardiers divisionnaires qui les portaient suivant le cas, ou au poste chirurgical ou au relai. A ce dernier, on utilisait les interruptions de la circulation des automobiles pour refaire les pansements défaits ou ceux des blessés qui avaient saigné. Les blessés étaient ensuite embarqués et conduits aux ambulances.

Et comme ils étaient fort nombreux, on utilisait en outre, dès que c'était possible, c'est-à-dire dès la tombée de la nuit, les voitures à chevaux et le Decauville.

CONCLUSIONS

Malgré les incontestables progrès accomplis depuis le début de la campagne dans l'organisation du service de Santé, l'infection et la gangrène sont encore trop fréquentes chez nos blessés.

Tout l'effort des médecins de l'avant doit donc tendre à développer les moyens d'éviter ces fâcheuses complications des plaies de guerre. L'étude de ces moyens repose sur deux données capitales :

1° Perfectionner la technique du -premier pansement, et améliorer les conditions de son application : emploi de la méthode de Carrel simplifiée, avec du matériel stérilisé ; meilleur aménagement des postes de secours ; utilisation médicale du groupe de brancardiers divisionnaire.

2° Accélérer le transport des blessés à l'ambulance, de façon à leur permettre d'y entrer dans un délai maximum de six heures après avoir été relevés du champ de bataille.

Pour atteindre ce résultat, les progrès suivants devront être réalisés :

a) Augmentation de nombre des brancardiers régimentaires ;

b) Augmentation et perfectionnement du matériel existant, notamment en ce qui concerne : le poste de secours central d'une part, et de l'autre le transport des blessés dans les boyaux (brancards de tranchées) ;

c) Augmentation de l'effectif des brancardiers divisionnaires, et possibilité de leur renforcement efficace et rapide ;

d) Augmentation de nombre et perfectionnement des automobiles sanitaires, seul mode de transport réellement pratique dans la guerre actuelle.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

LANNOIS.

Vu :

LE DOYEN,

L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 4 juillet 1916.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

Règlement sur le Service de Santé en campagne, 1910.

Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris :

1^{er} mars 1916. — Principes généraux du traitement immédiat des plaies de guerre dans une ambulance de l'avant, par M. le médecin-major R. Picqué.

Archives de Médecine et Pharmacie militaires :

Janvier 1916. — Le traitement abortif de l'infection des plaies; ses premières applications à la chirurgie d'armée, par M. Uffoltz, médecin-principal de 1^{re} classe, directeur du Service de Santé du 35^e corps.

Janvier 1916. — Mécanisme d'action des hypochlorites employés en irrigations continues dans le traitement des blessures de guerre, par Ch.-O. Guillaumin et G. Vienne.

Mars 1916. — Note sur le brancard de tranchées, par M. Eybert, médecin-major de 1^{re} classe, médecin-chef du groupe de brancardiers de la 60^e division.

Avril 1916. — Les principes de la technique de la stérilisation des plaies, par A. Carrel, médecin-chef de l'hôpital temporaire 21, à Compiègne.

Lyon Médical, n° 3, mars 1916 :

Les formations sanitaires dans la guerre actuelle, par le Dr Jullien, médecin-major de 1^{re} classe, médecin-chef du G. B. D. de la 5^e division.

Annales d'Hygiène publique et de Médecine légale :

Décembre 1915. — Evacuation des blessés au combat, service de l'avant, par le médecin-major Chapellier, médecin-chef du 36^e régiment d'infanterie.

Le Relèvement des blessés sur le champ de bataille et leur transport dans la zone de l'avant (campagne 1914-1915), par le Dr Henry Prétet (thèse de doctorat, Faculté de Médecine de Lyon, année scolaire 1915-1916, imp. A. Rey).

Etude critique des différents moyens de transport des blessés de la tranchée au poste de secours, par le Dr Paul Vérit (thèse de doctorat, Faculté de Lyon, année scolaire 1915-1916, imp. A. Rey).

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	11
INTRODUCTION	13
CHAPITRE PREMIER. — Le Service de Santé régimentaire au combat	15
§ I. Définition et rôle	15
§ II. Le poste de secours de bataillon	18
A. Installation.	18
a) Dispositions préliminaires, 18. — b) Choix de l'emplacement, 19 — c) Installation des locaux, 20. — d) Répartition du personnel, 23. — e) Organisation des postes de compagnie. Rôle du médecin auxiliaire.	24
B. Fonctionnement du poste de bataillon. Rôle personnel de l'aide-major.	25
C. Relève du poste de bataillon	27
D. Conclusions	28
§ III. Le poste de secours central ou régimentaire	31
A. Définition et raison d'être	31
B. Installation	33
C. Fonctionnement. Rôle personnel du médecin-chef	34
a) Rôle administratif, 35. — b) Rôle médical, 35. — c) Relève	36
D. Conclusions	36
§ IV. Le poste de secours et le premier pansement	37
1° Rôle du premier pansement	37
2° Différentes modalités du premier pansement	39

<i>a)</i> Lutte contre la douleur, 39. — <i>b)</i> Lutte contre l'hémorragie, 39; <i>z.</i> La compression, 40; <i>β.</i> La ligature, 40. — <i>c)</i> Lutte contre l'infection, 40; <i>z.</i> Le pansement iodé, 40; <i>β.</i> Le pansement au Dakin, 41; <i>γ.</i> Parallèle, 43; <i>δ.</i> L'injection antitétanique.	44
3° Dangers du premier pansement	44
4° Ce que doit être le poste de secours	45
5° Remarque	46
CHAPITRE II. — Le groupe de brancardiers divisionnaire	47
Personnel. Matériel	47
Rôle du G. B. D. au combat	48
Comment remédier aux faits de ce genre?	50
Utilisation médicale du G. B. D. Liaison thérapeutique entre le poste de secours et l'ambulance.	53
Les postes chirurgicaux avancés	55
Les sections sanitaires automobiles	55
CHAPITRE III. — Le groupe de brancardiers de corps.	55
Personnel. Matériel	57-58
Rôle	58
CHAPITRE IV. — Schéma de l'organisation du Service de Santé de l'avant	59
CONCLUSIONS	63
BIBLIOGRAPHIE	65

